

Соглашение об оплате услуг здравоохранения Agreement to Pay for Healthcare Services

WAC 388-502-0160 (Раздел «Выставление счетов клиентам»)

Настоящий документ является соглашением между «Клиентом» (“client”) и «Поставщиком услуг» (“provider”). Определения этих терминов приведены ниже. Клиент соглашается оплатить поставщику услуг стоимость услуг здравоохранения, которые не будут оплачиваться Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS). Обе стороны должны подписать настоящее Соглашение. Для целей настоящего Соглашения понятие «услуги» включает, в частности, услуги лечения, стоимость оборудования и принадлежностей, а также стоимость лекарств.

1. **Клиент** – это получатель льгот Medicaid или иных медицинских льгот, предоставляемых через DSHS либо через организацию по координации регулируемых медицинских услуг (managed care organization, MCO), работающую по контракту с DSHS.
2. **Поставщик услуг** – это учреждение, ведомство, предприятие бизнеса или лицо, предоставляющее услуги здравоохранения клиентам DSHS и имеющее подписанное соглашение с DSHS либо официальное разрешение со стороны MCO.

Настоящее Соглашение и положения раздела WAC 388-502-0160 Административного кодекса штата Вашингтон (WAC) относятся к вопросам выставления счетов клиентам как за услуги, покрываемые в рамках программы льгот, так и за услуги, не покрываемой программой льгот, как это предусмотрено разделами WAC 388-501-0050 – 388-501-0070. Поставщики услуг не имеют права выставять счета никаким клиентам DSHS (включая клиентов, зачисленных в MCO, которая работает по контракту с DSHS) за услуги, которые могли быть оплачены DSHS или работающей по контракту с ним организацией MCO до тех пор, пока поставщик услуг не выполнит все требования к получению разрешений.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА В СИСТЕМЕ DSHS
НАИМЕНОВАНИЕ ЛИБО ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	НОМЕР ПОСТАВЩИКА УСЛУГ

Настоящий документ:

- Должен быть полностью заполнен как поставщиком услуг, так и клиентом, **прежде чем** клиенту DSHS будут предоставлены любые услуги, для получения которых требуется настоящее Соглашение.
- Должен быть заполнен не ранее 90 календарных дней до даты предоставления услуг. Если услуги не будут предоставлены в течение 90 календарных дней, то поставщику услуг и клиенту потребуется заполнить и подписать новый документ.
- Должен заполняться только **после того, как** поставщик услуг и клиенты исчерпали все другие предусмотренные DSHS либо работающей по контракту с DSHS организацией MCO возможности для получения разрешения на запрашиваемые услуги. Таковые возможности могут включать процедуру запроса о предоставлении исключения из правила (exception to rule process, ETR), касающегося услуг, не покрываемых в рамках программы льгот, как предусмотрено разделом WAC 388-501-0160, а также процедуру административного слушания, предусмотренную разделом WAC 388-526-2610, при условии, что клиент решит прибегнуть к таким процедурам.
- Должен быть понятен клиентам с ограниченным владением английским языком (limited English proficient client, LEP) на его / её основном языке. Для этого может потребоваться письменный или устный перевод документа. Если для клиента производится устный перевод документа, то устный переводчик также обязан подписать и датировать документ. Письменный перевод документа должен быть подписан как клиентом, так и поставщиком услуг.

Таблица на обороте данного документа должна быть полностью заполнена. Если требуется больше места для указания дополнительных услуг, приложите дополнительные листы. Все дополнительные листы должны быть подписаны и датированы клиентом, поставщиком услуг и устным переводчиком (если предоставляются услуги устного перевода).

Важное примечание DSHS:

- Данное соглашение теряет силу и становится юридически недействительным в случае невыполнения поставщиком услуг требований настоящего документа и положений WAC 388-502-0160, а также в случае несоблюдения поставщиком услуг условий оплаты, изложенных в применимых разделах Административного кодекса штата Вашингтон (Washington Administrative Code, WAC) и Инструкции по выставлению счетов (Billing Instructions). В этом случае поставщик услуг обязан возместить клиенту всю выплаченную последним сумму.
- См. WAC 388-502-0160(9), где приведён список услуг, за которые клиенту не может выставляться счёт, независимо от наличия или отсутствия письменного соглашения.
- Оригинал соглашения необходимо хранить в медицинской карте клиента в течение 6 лет с даты подписания настоящего соглашения. Клиенту должна быть выдана копия заполненного и подписанного соглашения.
- Поставщики услуг обязаны проследить за тем, чтобы клиентам с ограниченным владением английским языком (LEP) был предоставлен письменный или устный перевод данного документа. Переводы документов имеются на вебсайте департамента по адресу <http://www.dshs.wa.gov/msa/forms/eforms.html>.

<p>КОНКРЕТНАЯ (ЫЕ) УСЛУГА (И), ПРОЦЕДУРА (Ы), ЛЕКАРСТВО (-А), ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИНАДЛЕЖНОСТИ И Т.П., КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ, И ПРЕДПОЛАГАЕМАЯ ДАТА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ (И), ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОЦЕДУР (Ы) И Т.Д.</p>	<p>КОД СРТ/СДТ/НСРС (КОД УСЛУГ (И) ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЁТА)</p>	<p>СУММА, ПОДЛЕЖАЩАЯ ОПЛАТЕ КЛИЕНТОМ</p>	<p>ПРИЧИНА, ПО КОТОРОЙ КЛИЕНТ СОГЛАСЕН (-НА) НА ВЫСТАВЛЕНИЕ ЕМУ (ЕЙ) СЧЁТА (ПОМЕТЬТЕ ОДИН ИЗ ПУНКТОВ ДЛЯ КАЖДОЙ УСЛУГИ)</p>	<p>БЫЛИ ПРЕДЛОЖЕНЫ АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ, СТОИМОСТЬ КОТОРЫХ ПОКРЫВАЕТСЯ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ЛЬГОТ, НО ЭТИ ВАРИАНТЫ БЫЛИ ОТВЕРГНУТЫ КЛИЕНТОМ</p>	<p>ДАТА ЗАПРОСА / ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ ПРАВИЛА (ETR) ИЛИ ДАТА ОТКАЗА КЛИЕНТА ОТ ПРАВА НА ПОДАЧУ ЗАПРОСА О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ИСКЛЮЧЕНИЯ, ЛИБО ДАТА ЗАПРОСА / ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О ПОЛУЧЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО УТВЕРЖДЕНИЯ (PRIOR AUTHORIZATION, PA)</p>	
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается		<p>ДАТА ЗАПРОСА ETR ИЛИ ОТКАЗА КЛИЕНТА ОТ ПРАВА НА ПОДАЧУ ETR</p>	<p>ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА ETR (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ DSHS)</p>
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается		<p>ДАТА ЗАПРОСА О PA</p>	<p>ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О PA (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ DSHS)</p>
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается		<p>ДАТА ЗАПРОСА ETR ИЛИ ОТКАЗА КЛИЕНТА ОТ ПРАВА НА ПОДАЧУ ETR</p>	<p>ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА ETR (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ DSHS)</p>
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается		<p>ДАТА ЗАПРОСА О PA</p>	<p>ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О PA (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ DSHS)</p>
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается		<p>ДАТА ЗАПРОСА ETR ИЛИ ОТКАЗА КЛИЕНТА ОТ ПРАВА НА ПОДАЧУ ETR</p>	<p>ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА ETR (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ DSHS)</p>
			<input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот <input type="checkbox"/> Услуга не покрывается программой льгот; клиент отказался от права на подачу ETR <input type="checkbox"/> Услуга покрывается программой льгот, но её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями <input type="checkbox"/> Данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается		<p>ДАТА ЗАПРОСА О PA</p>	<p>ДАТА ОТКЛОНЕНИЯ ЗАПРОСА О PA (ПРИЛОЖИТЕ УВЕДОМЛЕНИЕ DSHS)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Я понимаю, что DSHS или MCO, работающая по контракту с DSHS, не будут оплачивать стоимость конкретных запрашиваемых услуг, по одной из следующих причин, указанных в вышеприведённой таблице: 1) данная услуга (услуги) не покрывается программой DSHS; 2) запрос о покрытии данной услуги (услуг) отклонён ввиду того, что её предоставление не обусловлено медицинскими показаниями; либо 3) данная категория услуг покрывается программой льгот, но конкретный запрашиваемый мной вид услуг (в рамках данной категории) не оплачивается. • Я понимаю, что имею право на следующее, но могу решить не воспользоваться этим правом: 1) запросить о предоставлении исключения из правила (Exception to Rule, ETR) после отклонения DSHS или организацией MCO, работающей по контракту с DSHS, запроса о предоставлении услуги, не покрываемой в рамках программы льгот; либо 2) запросить о проведении слушания для обжалования отклонения DSHS или организацией MCO, работающей по контракту с DSHS, запроса о предоставлении услуги. • Данный поставщик услуг предоставил мне полную информацию обо всех имеющихся вариантах лечения, включая услуги, которые могут быть оплачены DSHS или работающей по контракту с DSHS организацией MCO; тем не менее я предпочитаю получить вышеуказанные конкретные услуги. • Я соглашаюсь оплатить стоимость вышеуказанных конкретных услуг непосредственно поставщику этих услуг. • Я понимаю, что назначение данного документа – дать мне возможность оплатить и получить услуги, которые не будут оплачиваться DSHS или MCO, работающей по контракту с DSHS. Данный поставщик услуг исчерпывающим и удовлетворительным образом ответил на все мои вопросы и выдал мне заполненную копию данного документа. • Я понимаю, что могу позвонить в DSHS по тел. 1-800-562-3022, если мне потребуется дополнительная информация о моих правах или услугах, покрываемых DSHS в рамках программы «платы за фактические услуги» (fee-for-service) или программы регулируемых услуг (managed care). 						
<p>Я ПОДТВЕРЖДАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ: Я понимаю содержание настоящего документа и соглашаюсь с ним, включая пункты, помеченные выше кружками (bullet points).</p>			<p>ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ЕГО / ЕЁ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ</p>		<p>ДАТА</p>	
<p>Я ПОДТВЕРЖДАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ: Я выполнил (-а) все требования положений WAC 388-502-0160.</p>			<p>ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ</p>		<p>ДАТА</p>	
<p>Я ПОДТВЕРЖДАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ: Я предоставил(-а) точный устный перевод данного документа для клиента, чья подпись фигурирует выше, в полную меру моих способностей.</p>			<p>ИМЯ И ФАМИЛИЯ УСТНОГО ПЕРЕВОДЧИКА (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) И ЕГО (ЕЁ) ПОДПИСЬ</p>		<p>ДАТА</p>	